

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI
KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA
PROGRAMU PN.: „PROGRAM PROFILAKTYKI OTYŁOŚCI I WAD POSTAWY
WŚRÓD DZIECI MIASTA JASTRZĘBIE-ZDRÓJ”**

§ 1

PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA

1. Konkurs ofert dotyczy wyboru realizatora Programu profilaktyki oraz wczesnego wykrywania otyłości i wad postawy wśród dzieci z terenu miasta Jastrzębie-Zdrój, w roku 2018.
2. Programem objęci zostaną: dzieci 8 letnie (uczniowie - klas II, wszystkich szkół podstawowych z terenu miasta Jastrzębie-Zdrój: tj. ok. 1000 dzieci), ich rodzice ok. 500 osób, nauczyciele ok. 70 osób, pielęgniarki szkolne ok. 20 osób.
3. Realizatorzy programu będą przeprowadzać działania, przewidziane do realizacji, w placówkach oświatowych.
4. W programie należy ująć:
 - zorganizowanie we własnym zakresie przebiegu badań,
 - objęcie działaniami przewidzianymi w programie wszystkich uczniów klas drugich szkół podstawowych z terenu miasta Jastrzębie Zdrój.
 - **uzyskanie zgody rodziców na badanie dziecka oraz na przetwarzanie danych osobowych** stosownie do obowiązujących przepisów (list do rodziców opiekunów wraz z wyrażeniem zgody na badanie jest załącznikiem nr 3 do szczegółowych warunków konkursu ofert).
5. Przebieg badań należy zorganizować w sposób niezakłócający pracy szkoły.
6. Po przeprowadzeniu badań należy dostarczyć Zamawiającemu raport z przeprowadzanych badań, zawierający opis oraz statystykę wykrytych wad. Należy również dostarczyć (do wglądu i weryfikacji) wykaz przebadanych dzieci, potwierdzony podpisem Dyrektora Szkoły.- załącznik nr 4 do szczegółowych warunków konkursu ofert.
7. Przeprowadzenie ankiety ewaluacyjnej wśród rodziców przebadanych dzieci.

§ 2

KOMISJA KONKURSOWA

1. Konkurs ofert prowadzi Komisja Konkursowa powołana Zarządzeniem Nr Or-IV 0050.184.2018 Prezydenta Miasta Jastrzębie-Zdrój z dnia 12.04.2017 r. w sprawie powołania komisji konkursowej oraz ogłoszenia konkursu ofert na realizację programów zdrowotnych wynikających z „Programu Polityki Zdrowotnej dla mieszkańców miasta Jastrzębie-Zdrój na rok 2018”.
2. Tryb pracy Komisji określa regulamin pracy komisji konkursowej stanowiący załącznik nr 3 do Zarządzenia, o którym mowa w pkt 1.

§ 3

POSTANOWIENIE OGÓLNE

1. Do konkursu mogą przystąpić zainteresowane podmioty z terenu miasta Jastrzębie Zdrój tzn. mające siedzibę na terenie miasta Jastrzębie Zdrój lub udzielający świadczeń zdrowotnych na rzecz mieszkańców na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój, spełniające następujące warunki:
 - 1) Prowadzą działalności na podstawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. Nr 160 j.t.).
 - 2) Udokumentują zgodność wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie wymaganych w konkursie ofert ze statutem podmiotu leczniczego składającego ofertę.
 - 3) Złożą wymagane, aktualne dokumenty, (jako aktualne dokumenty przyjmuje się wystawione przez właściwe instytucje w okresie 6 miesięcy przed datą składania oferty).
 - 4) W przypadku podmiotów leczniczych:
 - a) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Organem prowadzącym rejestr jest:

- I. wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego - w odniesieniu do podmiotów leczniczych,
 - II. okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza- w odniesieniu do tych praktyk,
 - III. okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk.
- b) aktualny wyciąg z rejestru sądowego,
 - c) zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej– status wpisu – aktywny na dzień złożenia oferty.
 - d) statut podmiotu leczniczego lub regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego.
 - e) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych.
 - f) oświadczenie (każdej z wymienionych w ofercie osób uczestniczących w realizacji programu lub reprezentujących oferenta) o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych do celów przeprowadzenia konkursu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
 - g) kserokopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, na okres ich udzielania, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia, w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację Programu.
- 5) Inne, wymagane warunkami konkursu dokumenty, w szczególności.:
- 6) Oferta powinna zawierać oświadczenie oferenta, zgodne z załącznikiem nr 2 o tym, że:
- a) Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację programu zdrowotnego pn. j. w. oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
 - b) Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
 - c) W przypadku przyjęcia oferty, nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem, a finansowanych z budżetu Miasta Jastrzębie-Zdrój, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
 - d) Jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
 - e) Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac i czynności.
 - f) Dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem w przeprowadzaniu badań będących przedmiotem niniejszego postępowania, a także posiada potencjał ekonomiczny i techniczny oraz pracowników zdolnych do wykonania danego zamówienia. **Należy wymienić w pracowników, którzy wykonywać będą badania oraz przedstawić, jakie posiadają przygotowanie zawodowe do realizacji programu. Należy również dołączyć do oferty potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób bezpośrednio przeprowadzających badania.**
 - g) Znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
 - h) Zapoznał się z projektem umowy na realizację zamówienia, stanowiącym załącznik do szczegółowych warunków konkursu i zobowiązuje się do zawarcia umowy w razie wyboru naszej oferty.
 - i) Uważa się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert, wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.
- 7) Dodatkowo oferta powinna zawierać informacje:
- a) Nazwę i siedzibę zakładu oraz numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych,
 - b) Miejsce realizacji programu, (jeśli jest inny niż adres oferenta) z określeniem warunków lokalowych,
 - c) opis spełnionych kryteriów dotyczących:
 - określenia liczby badań będących przedmiotem niniejszego konkursu wykonywanych rocznie w okresie ostatnich trzech lat,
 - wskazania liczby i kwalifikacji personelu fachowego biorącego udział w realizacji programu – **należy dołączyć certyfikaty i dyplomy.**

- wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny umożliwiające wykonanie badań w ramach programu,
 - d) oferowaną cenę objęcia programami jednej osoby oraz cenę realizacji całości zadania (wraz z kalkulacją).
 - e) w/w informacje zawarte powinny być w formularzu oferty, stanowiącym załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu. Załącznik nr 1 stanowi integralną część oferty.
2. Forma składania ofert – pisemna.
 3. Rodzaj postępowania konkursowego: porównanie ofert i wybór najkorzystniejszej oferty zgodnie z ustaloną skalą punktową.
 4. Miejsce i termin składania ofert:

Urząd Miasta Jastrzębie-Zdrój
Al. J. Piłsudskiego 60, 44-335 Jastrzębie-Zdrój
Pok. 020 A
§ 3

Do 20 września 2018 r. do godz. 13,00.

1. Termin wykonania umowy: od dnia podpisania umowy do **30 listopada 2018r.**
2. Oferent powinien dokładnie zapoznać się z opisem przedmiotu zamówienia.
3. Uprawnionym do bezpośrednich kontaktów z Oferentami jest przedstawiciel Zamawiającego – Jolanta Kluba tel./fax 32 47 85 391.
4. Każdy Oferent przedłoży tylko jedną ofertę na realizację programu. Oferent, który przedłoży więcej niż jedną ofertę zostanie wykluczony z postępowania.
5. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

§ 4

OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferta winna być napisana czytelnie, drukiem, podpisana przez upoważnionego przedstawiciela Oferenta.
2. Oferta powinna być sporządzona w sposób uniemożliwiający jej dekompletację,
3. Wszystkie strony oferty powinny być ponumerowane.
4. Wszystkie strony oferty, a także wszystkie miejsca, w których oferent naniósł poprawki winny być parafowane przez osobę podpisującą ofertę.
5. Oferent winien umieścić ofertę w zaklejonej kopercie z dopiskiem:

„PROGRAM PROFILAKTYKI OTYŁOŚCI I WAD POSTAWY WŚRÓD DZIECI MIASTA JASTRZĘBIE-ZDRÓJ”

Nie otwierać przed 20 września 2018r.

6. Poza oznaczeniami podanymi wyżej koperta powinna zawierać nazwę i adres Oferenta.

§ 5

ZAŁOŻENIA ORGANIZACYJNE PROGRAMU

1. Planowane interwencje

1) Profilaktyka pierwotna:

Etap edukacji zdrowotnej:

Procedura postępowania dietetyka, edukatora zdrowia

- a) Wykłady, warsztaty edukacyjne na temat nadwagi, otyłości, wad postawy, powikłań i ich wpływu na ogólny stan zdrowia (minimalna liczba wykładów – jeden wspólny wykład w każdej placówce oświatowej dla: dzieci, rodziców, nauczycieli, pielęgniarek szkolnych).
- b) Propagowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, polegających na ograniczeniu spożywania słodczy, wysoko słodzonych napojów,
- c) Nauka zasad zdrowego odżywiania poprzez zorganizowanie warsztatów kulinarnych dla dzieci, rodziców/opiekunów, nauczycieli,
- d) Zachęcanie do udziału w konkursach (plastycznych, wiedzy o zdrowym odżywianiu itp. :) tematycznie związanych z programem,

- e) Uniemożliwienie dzieciom dostępu do „niezdrowej żywności” poprzez usunięcie ze szkół automatów ze słodyczami lub zaopatrzenie ich w produkty zgodne z założeniami programu,
 - f) Eliminacja ze sklepików szkolnych produktów niezgodnych z założeniami programu,
 - g) Promocja wszelkiej aktywności fizycznej- atrakcyjne formy aktywności fizycznej (taniec, joga, fitness, pływanie, itp.),
 - h) Rozpropagowanie informacji na temat możliwości zwiększenia aktywności fizycznej dzieci w placówkach, obiektach sportowych funkcjonujących na terenie miasta Jastrzębie-Zdrój,
 - i) Zadbanie o ergonomię miejsca nauki dziecka –wysokość mebli szkolnych dostosowane do wzrostu dziecka,
 - j) Unikanie przeciążania dziecka plecakiem/tornistrem. Ciężar szkolnego plecaka nie powinien przekraczać dziesięciu procent wagi dziecka, czyli około 3 kg. Wprowadzenie nauki prawidłowego pakowania tornistra, tak, by dzieci nie nosiły ze sobą do szkoły zbędnych w danym dniu rzeczy, oraz zorganizowanie możliwości pozostawiania w szkołach części książek lub przyborów.
- 2) Wskazanie możliwości skorzystania ze świadczeń zdrowotnych przysługujących dzieciom w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ oraz przekazanie informacji o podmiotach leczniczych posiadających podpisaną umowę z NFZ. Strona internetowa NFZ- zakładka „Gdzie się leczyć?” oraz lokalny informator Świadczeń medycznych dla mieszkańców miasta Jastrzębie-Zdrój, w którym dostępny jest wykaz poradni leczenia wad postawy i rehabilitacyjnych funkcjonujących na terenie miasta.

Profilaktyka wtórna:

Etap diagnostyczny:

Procedura postępowania pielęgniarki

- a) We współpracy z dyrekcją szkoły przygotowuje listy dzieci z klas wybranych do badań (II).
- b) Przygotowuje pomieszczenie do badań – dzieci muszą być badane indywidualnie, po uzyskaniu pisemnej zgody rodziców, najlepiej w ich obecności.
- c) Przeprowadza wywiad z rodzicami i/lub z dzieckiem. Należy odnotować:
 - a. sposób odżywiania dziecka,
 - b. aktywność fizyczną / dostęp do zajęć sportowych szkolnych i pozaszkolnych/,
 - c. aktualne dolegliwości, przebyte choroby oraz choroby w rodzinie dziecka,
- d) Przeprowadza pomiar wzrostu i masy ciała dziecka,. Badania antropometryczne będą prowadzone zgodnie z obowiązującą techniką pomiarową Martina – Sallera. Wysokość ciała mierzona stadiometrem SECA 214 z dokładnością do 1mm, masa ciała z dokładnością do 50g, przy użyciu wagi lekarskiej. Oblicza aktualne BMI skorygowany o wiek i płeć w postaci centylów. BMI oznaczane wg Cole TJ, Dane wprowadza na siatki centylowe (wg WHO u dzieci w wieku 5-19 lat nadwagę definiuje się, jako BMI > 85 a otyłość BMI > 97 centyli, wg NICE nadwagę u dzieci i młodzieży definiuje się, jako BMI ≥91-98 a otyłość ≥98 centyli).
- e) Wyliczenie przez pielęgniarkę BMI następuje na początku realizacji programu, po zakończeniu realizacji programu, oraz po roku od zakończenia realizacji programu.

Procedura postępowania lekarza rehabilitanta/ ortopedy.

- a) Przeprowadza wywiad uzupełniający, Należy odnotować: subiektywną ocenę wydolności fizycznej, skargi na bóle mięśniowe spoczynkowe i wysiłkowe
- b) Przeprowadza badanie fizykalne. Należy odnotować:
 - Postawa ciała,
 - Ocena symetrii barków, łopatek, talii.
 - Kręgosłup skrzywienia, wygięcia.
 - Kończyny –porównanie wymiarów, koślawość łokci i kolan, płaskostopie.

- c) Przeprowadzenie badania
 - przy użyciu inklinometru- urządzenia do oceny zakresu zgięcia, wyprostu i rotacji kręgosłupa, zakresu ruchomości stawów kończyn,
 - przy użyciu skoliometru – urządzenie do oceny wychylenia bocznego kręgosłupa – wad postawy.
- d) Sporządzenie dla każdego przebadanego dziecka wyniku badania, zawierającego opis wykrytej wady postawy oraz wskazówki odnośnie dalszego postępowania.
- e) W przypadku postawy nieprawidłowej opracowanie dla każdego dziecka indywidualnego zestawu ćwiczeń korekcyjnych. Wskazanie możliwości podjęcia dodatkowej, atrakcyjnej dla dziecka aktywności fizycznej, w ramach bazy sportowej dostępnej w mieście Jastrzębie-Zdrój,
- f) W przypadku wykrycia wady postawy skierowanie dziecka do lekarza specjalisty, poradni rehabilitacyjnej, leczenia wad postawy w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- g) Przekazanie na piśmie informacji dla rodziców o stanie zdrowia dziecka z zaleceniem dalszego postępowania;

Etap terapeutyczny:

Procedura postępowania lekarza rehabilitanta/dietetyka/psychologa

- a) Dzieci z otyłością oraz wadami postawy należy kierować na kompleksowe, zintensyfikowane interwencje obejmujące elementy dietetyczne, aktywności fizycznej oraz behawioralne – dostępne w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- b) Umożliwienie dzieciom udział w gimnastyce korekcyjnej **zorganizowanej na terenie szkoły, a prowadzonej przez wykwalifikowanego rehabilitanta,**
- c) Regularne spotkania z dietetykiem, który opracuje dla dzieci, objętych etapem terapeutycznym indywidualne zalecenia dietetyczne,
- d) Spotkania z psychologiem, który udzieli wsparcia i poradnictwa w podtrzymaniu zmian w diecie i aktywności fizycznej.

2. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Uczestnikami programu będą:

- a. dzieci w wieku 8 lat/uczniowie klas II wszystkich szkół podstawowych, których rodzice/opiekunowie wyrazili zgodę na uczestnictwo w programie,
- b. rodzice/opiekunowie, nauczyciele, pielęgniarki szkolne.

3. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Warunkiem uczestnictwa w programie będzie:

- a. uzyskanie zgody rodziców/ opiekunów dziecka, na przeprowadzenie przewidzianych w programie interwencji,
- b. posiadanie statusu ucznia klasy II szkoły podstawowej.

§ 6

OPIS KRYTERIÓW, KTÓRYMI BĘDZIE SIĘ KIEROWAŁ ZAMAWIAJĄCY PRZY WYBORZE OFERTY.

1. Ocena cenowa – 70 % znaczenia (P1)

Całkowity koszt realizacji Programu zgodnie z założeniami opisu przedmiotu zamówienia.

Koszt ten powinien być wyrażony w złotych i obejmować cenę za przeprowadzenie wszystkich działań przewidzianych w programie..

Oferta zawierająca najniższy koszt realizacji Programu otrzyma 70 punktów, każda z pozostałych ofert otrzyma następującą liczbę punktów:

$P1 = 70 \text{ (koszt oferty najniższej)} / \text{(koszt oferty ocenianej)}$.

2. Dodatkowe kryteria - ocena merytoryczna – 30 % znaczenia (P2)

Dodatkowe kryteria, które będą decydowały o wyborze oferty:

- 1) zatrudnienie personelu medycznego, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w przeprowadzaniu badań przesiewowych.
- 2) doświadczenie Oferenta, w zakresie przeprowadzania badań będących przedmiotem niniejszego postępowania.

- 3) posiadanie możliwości wykonania badań dodatkowych oraz innych działań przewidzianych w programie polityki zdrowotnej, w ramach kontraktu na świadczenia finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia - skala ocen 0-10 pkt).

Oferta najlepsza może otrzymać łącznie 30 punktów, tj. po 10 za każde wyżej opisane dodatkowe kryterium.

3. Komisja Konkursowa dokonuje oceny i wyboru najkorzystniejszych ofert na podstawie ceny jednostkowego badania oraz spełnienia dodatkowych kryteriów.

Ostateczna liczba uzyskanych przez Oferenta punktów będzie sumą za poszczególne kryteria: (P1 + P2).

§ 7

1. Wyniki konkursu ofert zostaną podane oferentom na piśmie oraz przekazane do publicznej wiadomości w formie informacji zamieszczonej na tablicach ogłoszeń Urzędu Miasta Jastrzębie-Zdrój adres jw. oraz w portalu internetowym (www.jastrzebie.pl).
2. Z oferentem, wybranym w wyniku konkursu, zostanie zawarta stosowna umowa w terminie 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu.

§ 8

Organizator konkursu zastrzega sobie prawo:

- 1) odwołania konkursu,
- 2) zamknięcia konkursu bez wybrania którejkolwiek z ofert,
- 3) odstąpienia od realizacji programu z przyczyn obiektywnych (m.in. zmian w budżecie Miasta dotyczących Programu).

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi szczegółowymi warunkami konkursu mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego.

II ZASTĘPCA PREZYDENTA MIASTA

/-/ Robert Chojecki

.....
(pieczęć oferenta)

.....
(data sporządzenia oferty)

**FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT NA WYBÓR REALIZATORA
PROGRAMU ZDROWOTNEGO DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA JASTRZĘBIE
ZDRÓJ NA ROK 2018.**

Dotyczący realizacji programu zdrowotnego pn.:

**„PROGRAM PROFILAKTYKI OTYŁOŚCI I WAD POSTAWY WŚRÓD DZIECI
MIASTA JASTRZĘBIE-ZDRÓJ”**

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa:.....
.....

Dokładny adres (z kodem pocztowym):.....
.....

tel.:.....fax:.....

e-mail.....http://.....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji wraz z oznaczeniem organu dokonującego wpisu¹):
.....

NIP:.....

REGON:.....

Osoba(osoby) upoważniona(e) do reprezentacji oferenta i składania oświadczeń woli w jego imieniu, w tym do podpisania umowy (imię, nazwisko, numer PESEL):
.....
.....

Koordynator programu - osoba do kontaktu w sprawach dotyczących realizacji Programu (nazwisko i imię, numer telefonu, email):
.....
.....

Proponowany czas realizacji świadczeń w ramach umowy:.....

II. Opis warunków lokalowych pomieszczeń, w których będzie realizowany Program (poradnia i laboratorium) oraz dane dotyczące bazy sprzętowej

¹ W odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 4 ust. 1 oraz art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. Nr 160).

Wypożyczenie w aparaturę i sprzęt medyczny			
Opis (rodzaj, model)	Liczba jednostek	Rok produkcji	Własny lub dzierżawiony
Warunki lokalowe, podać liczbę i powierzchnię pomieszczeń, w których realizowany będzie program			

III. Wykaz imienny personelu, który będzie realizował Program wraz z określeniem kwalifikacji zawodowych tych osób i doświadczenia w realizacji świadczeń objętych Programem:

Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia	Wykaz dołączonych kserokopii wszystkich dokumentów „za potwierdzone zgodność z oryginałem”.
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

IV. Plan rzeczowo-finansowy:

1. Proszę wycenić wymienione poniżej świadczenia:

Lp.	Kalkulacja ceny	Koszt (w zł.)
1.	Edukacja zdrowotna w tym:	
	Wykład dla rodziców, nauczycieli, pielęgniarek	
	Prelekcja dla dzieci	
2.	Etap diagnostyczny, w tym:	
	opracowanie i wypełnienie karty oceny postawy ciała, badanie fizykalne dziecka w kierunku oceny postawy ciała	
	pomiar wagi i wzrostu-obliczenie wskaźnika BMI, opracowanie indywidualnego zestawu ćwiczeń korekcyjnych wraz ze skierowaniem dziecka do dalszej diagnostyki i odpowiedniego leczenia, wskazanie możliwości podjęcia adekwatnego do stanu zdrowia leczenia dostępnego na terenie miasta	
	opracowanie i wydanie zaleceń dla rodziców odnośnie zmiany nawyków żywieniowych w przypadku stwierdzenie nadwagi lub otyłości	
3.	Sporządzenie sprawozdania dotyczącego przebadanych dzieci z podziałem na poszczególne, wykryte wady postawy.	
	<i>Razem cena całkowita objęcia programem zdrowotnym jednej osoby:</i>	

2. Całkowity koszt realizacji Programu (liczba osób x koszt w odniesieniu do jednej przebadanej osoby)..... zł

3. Doświadczenie w realizacji zadań podobnego rodzaju (podać rok realizacji i nazwę programu).

.....
.....
.....
.....

4. Określenia liczby badań będących przedmiotem konkursu wykonywanych rocznie w okresie ostatnich trzech lat:

.....
.....
.....

V. Dostępność do świadczeń w ramach Programu:

1. Miejsce realizacji świadczeń w ramach Programu:

Poradnia (dokładny adres):

.....

2. Dni tygodnia i godziny realizacji świadczeń w ramach Programu (**Należy wpisać ile dni w tygodniu realizowany będzie Program, ile dni w tygodniu Program będzie realizowany nie krócej niż do godz.18.00. Należy wpisać, czy Program będzie realizowany również w sobotę i przez ile godzin.**)

.....

.....

.....

Sposób rejestracji pacjentów do Programu:

- a) osobiście (adres, dni, godziny).....

- b) telefonicznie (numer).....

3. Czy oferent zagwarantuje, w ramach ubezpieczenia w NFZ, prowadzenie dalszej diagnostyki w przypadku wykrycia zmian patologicznych u osób objętych programem (jeśli tak - opisać w jaki sposób)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta
i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na realizację przedmiotowego programu zdrowotnego oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
2. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. W przypadku przyjęcia oferty, nie będzie wykazywał świadczeń medycznych objętych Programem,
a finansowanych z budżetu Miasta Jastrzębie-Zdrój, udzielonych uczestnikom Programu (pacjentom), które są finansowane z innych środków publicznych, w szczególności w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.
4. Jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
5. Posiada uprawnienia niezbędne do wykonania określonych prac i czynności.
6. Dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem w przeprowadzaniu badań będących przedmiotem niniejszego postępowania, a także posiada potencjał ekonomiczny i techniczny oraz pracowników zdolnych do wykonania danego zamówienia.
7. Znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
8. Zapoznał się z projektem umowy na realizację zamówienia, stanowiącym załącznik do szczegółowych warunków konkursu i zobowiązuje się do zawarcia umowy w razie wyboru złożonej przez niego oferty.
9. Uważa się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert, wskazanego w ogłoszeniu o konkursie.

.....
(podpis/-y i pieczęć/-cie osoby/osób upoważnionej/-ych do reprezentacji oferenta
i składania oświadczeń woli w jego imieniu)

**List do rodziców/zgoda na udział
w badaniu (załącznik nr 3)**

Szanowni Państwo!

Samorząd Miasta Jastrzębie-Zdrój w ramach Programu Polityki Zdrowotnej na rok 2018 organizuje i finansuje **Program profilaktyki otyłości i wad postawy wśród dzieci**. Realizację programu zaplanowano na lata 2017 –2020. W każdym roku aktualni uczniowie klas II szkół podstawowych zostaną kompleksowo przebadani przez specjalistów w kierunku oceny postawy ciała (wad postawy) oraz adekwatnej do wieku dziecka masy i wysokości ciała. Warunkiem przeprowadzenia badania jest zgoda Państwa. Zachęcamy do obecności przy badaniu, co pozwoli na wysłuchanie krótkiego wykładu na temat zdrowego odżywiania czy aktywności fizycznej. Udzielony zostanie również instruktaż w zakresie ćwiczeń korekcyjnych możliwych do wykonania w warunkach domowych. Po badaniu otrzymacie Państwo dokładne sprawozdanie z ewentualnymi zaleceniami i skierowaniami do odpowiednich specjalistów.

Realizatorem programu – na zlecenie Miasta Jastrzębie-Zdrój jest:

.....

Program ma na celu ocenę stanu zdrowia, rozwoju fizycznego dzieci oraz wczesne wykrycie wad postawy i innych chorób lub zagrożeń. Doświadczenia z podobnego programu prowadzonego w latach 2002 -2017 wykazały jego dużą skuteczność i pozwoliły na rozpoznanie i rozpoczęcie leczenia we wczesnym stadium wielu zaburzeń i chorób.

Z poważaniem

Wyrażam zgodę na objęcie mojego dziecka Programem profilaktyki otyłości i wad postawy oraz na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka (art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o chronie danych osobowych Dz.U. z 2016r. poz.922).

.....

/Imię i nazwisko dziecka/

.....

/klasa, szkoła/

Pesel dziecka:.....

.....

.....
/data/

/podpis
rodzica/

Załącznik nr 4

Ankieta zbiorcza / sprawozdanie/ dla autorów programu.

1. W okresie od do realizowanego przez
2. Sprawozdanie finansowe: liczba przebadanych dzieci X koszt jednostkowy = koszt całkowity
3. Ogólna ilość zbadanych dzieci Okres od do
4. Liczba i rodzaj wykrytych zmian patologicznych wg poniższej tabeli:

Oceniana sytuacja zdrowotna	Ilość uczniów	Uwagi
Nadwaga		
Otyłość		
Zagrożenie bezruchem		
Stwierdzone wady układu kostno-stawowego		
Skierowano do specjalisty		
Inne nieprawidłowości		

.....

Podpis Wykonawcy

ANKIETA Ewaluacyjna

Programu...

Szanowni Państwo,

uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety związanej z realizacją programu profilaktyki wad postawy oraz nadwagi i otyłości, w którym uczestniczyło Państwa dziecko. Uzyskane informacje posłużą do oceny efektywności Programu. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.

1. Jak ocenia Pan/Pani swoją wiedzę w zakresie poniższych zagadnień (w skali od 0 do 5)

1.1 Zapobieganie powstawania wad postawy u dzieci i otyłości

1.2 Zachęcania dzieci do zdrowego odżywiania się, aktywności fizycznej

1.3 Czynników wpływających na rozwój nadwagi/otyłości i wad postawy

2. Czy uważa Pan/Pani, że uczestnictwo w Programie było korzystne dla zdrowia Pana/Pani dziecka?

☐ TAK

☐ RACZEJ TAK

☐ NIE

☐ RACZEJ NIE

☐ NIE WIEM

3. Czy uczestnictwo w programie zwiększyło Pana/Pani wiedzę w zakresie profilaktyki wad postawy oraz nadwagi i otyłości ?

☐ TAK

☐ RACZEJ TAK

☐ NIE

☐ RACZEJ NIE

☐ NIE WIEM

4. Uzyskana przez Pana/Panią wiedza będzie w dalszej opiece nad dzieckiem:

☐ NIEZBĘDNA

☐ PRZYDATNA

☐ MAŁO PRZYDATNA

☐ NIEPOTRZEBNA

5. Jak ocenia Pan/Pani zaangażowania personelu medycznego realizującego program?

☐ DOBRZE

☐ RACZEJ DOBRZE

☐ ŹŁE

☐ RACZEJ ŹŁE

☐ NIE WIEM

(miejscowość i data)